



**ANA CATARINA DE
ANDRADE CORREIA**

**DISTRESS PSICOLÓGICO, RISCOS PSICOSSOCIAIS
E QUALIDADE DE VIDA EM TÉCNICOS DE APOIO À
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**



**ANA CATARINA DE
ANDRADE CORREIA**

**DISTRESS PSICOLÓGICO, RISCOS PSICOSSOCIAIS
E QUALIDADE DE VIDA EM TÉCNICOS DE APOIO À
VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

*“Há uma força motriz maior que o vapor,
a eletricidade e a energia atômica: a vontade”*
Albert Einstein

“Para cultivar a sabedoria, é preciso força interior. Sem crescimento interno, é difícil conquistar a autoconfiança e a coragem necessárias. Sem elas, nossa vida complica-se. O impossível torna-se possível com a força de vontade.”

Dalai Lama

o júri

Presidente

Doutora Sara Otília Marques Monteiro
professora auxiliar convidada, Universidade de Aveiro

Vogal – arguente principal

Doutora Ana Paula Teixeira de Almeida Vieira Monteiro
professora adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Vogal – Orientador(a)

Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
professora associada com agregação, Universidade de Aveiro

agradecimentos

Augusto Branco disse como forma de agradecimento em certo ponto da sua vida, “Obrigado a todas as pessoas que contribuíram para meu sucesso e para meu crescimento como pessoa. Sou o resultado da confiança e da força de cada um de vocês”, e não poderia descrever melhor aquilo que sinto de momento.

A geração a que pertenço tem muito a evoluir. Muito a aprender. Somos a geração dos que receberam tudo. Somos a geração de miúdos mimados que tiveram a hipótese e o dever de prolongar o nosso destino para receber o prazer hedónico que os nossos pais tanto quiseram ter mas lhes foi retirado porque o dever de por o comer na mesa falou mais alto. Falo pelo menos de grande parte da população, muitos que conheço. Falo também de mim.

Venho de uma família extremamente trabalhadora que não se permitiu ir abaixo quando as coisas ficaram complicadas. A minha avó começou a trabalhar com treze anos, o meu avô não tinha sapatos no Inverno, e ia descalço para a escola. O meu pai trabalhou desde miúdo para ter uma vida tranquila. A minha mãe, que sempre me apoiou e lutou para fazer mais e melhor. E aqui estou eu, neste momento, a escrever agradecimentos na minha dissertação de mestrado. A quem poderia eu agradecer mais do que a estas pessoas que mesmo sem o saberem primariamente, me deram todos os mecanismos e ferramentas para que aqui pudesse estar. Agradeço aos meus pais. Agradeço aos meus avós. Agradeço-lhes não só pela parte monetária e materialista que vem subjugada à entrada para a faculdade, mas pelas lições de vida e de humildade que sempre me entregaram com tanto orgulho por eles próprios.

À Doutora Anabela pela apoio científico, confiança e paciência ao longo dos meses.

Grata à minha Mélanie, pela ajuda, carinho, confiança e cumplicidade. À minha madrinha de coração, que tanto me ajudou ao longo deste ano.

À doutora Ana Bártole, pela ajuda incrível e absolutamente fundamental, pela simpatia, e por ter disponibilizado o seu tempo para tornar este artigo mais rico. Devo-lhe muito.

À Casa do Povo de Abraveses, ao NAVVD, e todos os técnicos, em particular à doutora Dra. Ana Carvalho um grande agradecimento pelo conhecimento e confiança que me transmitiram.

Agradeço ainda a todos os técnicos que colaboraram com a sua participação neste estudo.

Que este momento seja não só o meu momento de felicidade por terminar um novo ciclo. Que seja a felicidade da criança interior que ficaram para trás daqueles que com esforço, trabalho, lágrimas e dedicação, me fizeram chegar aqui.

Sim, ainda tenho muito que adolecer. Enquanto pessoa. Enquanto profissional. E o quão longo foi o caminho até aqui. “Feliz daquele que reconhece os seus erros e defeitos para poder gerar um novo eu. Para trabalhar nele mesmo diariamente, sem pressas, sem pressões. Só ele e ele mesmo num processo de evolução tão puro e natural como a vida em si”. Esta evolução é inevitável, e necessária. Dalai Lama promulga bastante este argumento, afirmando “Se quer transformar o mundo, experimente primeiro promover o seu aperfeiçoamento pessoal e realizar inovações no seu próprio interior... tudo o que fazemos produz efeito, causa algum impacto”.

Uma nova etapa avizinha-se, que a motivação não falte, e que o amor pelo que faço não cesse. Aqui, está a receita para tudo.

palavras-chave

Qualidade de vida; Riscos Psicossociais; Distress Psicológico; Técnicos de Atendimento; Violência Doméstica.

resumo

As estruturas nacionais preparadas para prestar auxílio a vítimas de violência doméstica são cada vez mais, e todos os anos se verifica um aumento significativo do número de pedidos de ajuda por parte da população em geral.

As consequências das exigências colocadas a estes técnicos bem como a sobrecarga de trabalho, leva muitas vezes a um mau estar físico e mental e em alguns casos de *burnout*, com diminuição da qualidade de vida destes profissionais.

O presente trabalho pretende estudar a relação existente entre os fatores psicossociais de risco no trabalho e o distress psicológico em técnicos de atendimento a vítimas de violência doméstica, bem como a comparação deste distress com a qualidade de vida nos mesmos.

Participaram no estudo 47 técnicos na área do atendimento a vítimas de violência doméstica, todos eles com as mais diversas funções, desde psicólogos, assistentes sociais, diretores de gabinete, forças policiais, entre outros. Estes profissionais responderam a um protocolo de investigação composto por quatro instrumentos de avaliação: Questionários sociodemográfico; COPSOQ-II (Copenhagen Psychosocial Questionnaire); WhoQol-Bref (The World Health Organization Quality of Life – Bref) e Escala de Kessler (Escala de Distress Psicológico de Kessler - K10), adaptados à população portuguesa.

Os resultados, indicaram que existe influência do distress ao nível dos outros domínios (riscos psicossociais e qualidade de vida) nos técnicos. A saúde e bem-estar, os valores no local de trabalho, comportamentos ofensivos e as exigências laborais foram entendidos como os fatores que afetaram no que diz respeito a riscos laborais. Ao nível da qualidade de vida, à exceção do valor geral, encontraram-se diferenças significativas nos domínios físico ($p=.000$), psicológico ($p=.000$), ambiente ($p=.012$) e das relações sociais ($p=.020$). Os dados são discutidos, bem como referidas algumas implicações deste trabalho alertando para a necessidade de formação continua dos referidos técnicos no sentido de serem mais capacitados para o aperfeiçoamento da intervenção do apoio às vítimas e consequentemente a promover o bem-estar geral dos elementos integrantes das equipas de apoio às mesmas.

keywords

Quality of life; Psychosocial risks at work; Psychological distress; Support technicians; Domestic violence.

abstract

The national structures prepared to assist victims of domestic violence are increasingly being targeted, and every year there is a significant increase in the number of requests for assistance from the population.

The consequences of the demands placed on these technicians as well as the work overload often lead to an physical and mental queasiness, and in some cases burnout, with a decrease in the quality of life of these professionals. This present study has the purpose of studying the relationship between the psychosocial risk factors at work and the psychological distress in care technicians for victims of domestic violence, as well as the comparison of this distress with the quality of life in them. It was attended by 47 technicians in the area of care for victims of domestic violence, all with the most diverse functions, from psychologists, social workers, cabinet officers, police forces, among others. These professionals responded to a research protocol composed of four evaluation instruments: Sociodemographic questionnaires, COPSQ-II (Copenhagen Psychosocial Questionnaire), WhoQol-Bref (The World Health Organization Quality of Life - Bref) and Kessler's Scale Psychological of Kessler (K10), adapted to the Portuguese population.

The results indicated that there is influence of distress on the other domains (psychosocial risks and quality of life) in technicians. Health and well-being, workplace values, offensive behavior, and job requirements were understood as the most affected factors with regard to occupational hazards. In terms of quality of life, except for the general value, we found significant differences in the physical ($p = .000$), psychological ($p = .000$), environment ($p = .012$) and social relations ($p = .020$). The data are discussed as well as mentioned some implications of this work alerting to the need for continuous training of these technicians in order to be better able to improve the intervention of support to victims and consequently to promote the general well-being of the elements of the teams to support them.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	8
Participantes	8
Instrumentos	9
-WhoQol-Bref	10
- COPSOQ II – Versão curta	11
- Distress Psicológico	11
Procedimento	12
Análise de Dados	12
RESULTADOS	12
DISCUSSÃO	16
REFERÊNCIAS	20
ANEXOS	26
Anexo 1. <i>Consentimento informado</i>	27
Anexo 2. <i>Questionário Sociodemográfico</i>	28
Anexo 3. <i>Questionário de Qualidade de Vida WhoQol-Bref</i>	29
Anexo 4. <i>Questionário de riscos psicossociais COPQSOP</i>	31
Anexo 5. <i>Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)</i>	33
Anexo 6. <i>Emails - pedido de utilização dos questionário aos autores</i>	34

INTRODUÇÃO

A violência está presente em todas as culturas e nelas tem perdurado ao longo dos anos. Particularmente, a violência doméstica tornou-se um problema social de dimensões amplas e difíceis de perceber na sua exata medida, pois em muitos casos é salvaguardada pelo princípio da inviolabilidade da vida privada (Redondo, Pimentel e Correia, 2012).

De acordo com o relatório anual da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, presente no Diário da República já em 2011, a violência doméstica pode ser compreendida como “qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou económicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou que, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou esteja, ou tivesse estado, em situação análoga; que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade”.

Só nas últimas duas décadas é que o fenómeno da violência doméstica tem vindo a ganhar destaque público e político, tendo sido reconhecido como uma violação dos direitos e da dignidade do ser humano, através de uma implementação legislativa específica (Guerreiro et al., 2015). Através destas medidas, a violência doméstica foi considerada um crime público possibilitando o estabelecimento de um regime de prevenção da violência doméstica e proteção e assistência das vítimas (APAV, 2017).

Com esta atuação por parte do estado, tornou-se premente a criação de estruturas e instituições que conseguissem acolher e ajudar da melhor forma vítimas de violência doméstica. Foram criadas instituições como a APAV, NAVVD, UMAR, entre outras, que atentam e apoiam as vítimas que de alguma forma, direta ou indiretamente, recorrem aos seus serviços em busca de auxílio económico, jurídico, físico ou psicológico.

Para colmatar este processo de ajuda, tornou-se clara a necessidade da criação de casas de abrigo e de acolhimento. Tendo como objetivo acolher vítimas e os seus filhos, os centros de acolhimento foram construídos em diferentes pontos geográficos do país, e contam com a integração de equipas especializadas, dentro das forças de segurança, para tratarem e abordarem da melhor forma possível a vítima em causa (Redondo et al., 2012).

Um técnico de atendimento à vítima de violência doméstica, não tem necessariamente, de ser um técnico de saúde mental (e.g. psicólogo, psiquiatra). O trabalho feito no atendimento à vítima é feito de forma multidisciplinar, em que técnicos das mais diversas áreas de

intervenção (e.g. psicólogos, assistentes sociais, juristas, enfermeiros ou agentes das forças de segurança), atuam em prol da melhor resolução possível dos casos de violência doméstica.

A criação destes serviços de assistência e prevenção da violência doméstica pode apresentar repercussões psicológicas significativas, não só para as vítimas, como também para os profissionais dos serviços (Hanada, D'Oliveira e Schraiber, 2010). Sendo necessária a reunião de um conjunto de proficiências, não apenas técnicas, mas também pessoais, entre os técnicos de atendimento à vítima. Para além de habilitações académicas especificamente relacionadas com as necessidades das vítimas (psicologia, assistência social, entre outros), os técnicos recebem formação especializada na área de intervenção e apoio à vítima, o que capacita o técnico para a criação de planos de contenção ou mobilização dos recursos disponíveis (APAV, 2017).

O início da atuação por parte dos técnicos de apoio à vítima é feito, na sua maioria, nos momentos de crise, e após a vítima procurar apoio por parte destes serviços. A intervenção em crise é extremamente específica e obedece a protocolos estipulados para que a resolução do problema em questão, seja admitida e gerida com o máximo de rapidez possível. Para tal é imprescindível que os técnicos de apoio à vítima sejam detentores de um conjunto de características específicas, como autocontrolo, profissionalismo, capacidade de gestão emocional, empatia e compreensão.

Sempre que necessário, o técnico pode acompanhar a vítima em momentos como a ida a tribunal ou à polícia, ou aquando da realização dos exames médico-legais. São momentos em que é importante para a vítima ter consigo uma pessoa em quem confia e que lhe pode prestar apoio, no entanto poderá tornar-se difícil para o técnico manter a distância ao nível das emoções, quando por exemplo o caso em questão se trata de negligência infantil, violação de menor, ou qualquer tipo de situação que mexa com o sistema de valores e crenças pessoais do profissional.

Há pouca informação disponível sobre estudos feitos com este tipo de população, sendo conhecidos mais estudos com as vítimas do que com os técnicos. As publicações com os profissionais que trabalham com a vulnerabilidade humana especificamente nos seus contextos de trabalho são reduzidas (Pacheco, Cunha & Duarte, 2016). No entanto, tendo em conta as especificidades encontradas no desenvolvimento da sua atividade laboral, pensamos que faz todo o sentido haver um aumento de estudos feitos com técnicos de atendimento e apoio à vítima de violência, nas suas mais diversas vertentes. Especificamente e no que concerne aos fatores psicossociais de risco em contexto laboral, são merecedores de destaque alguns estudos

recentes com a realidade portuguesa (Fernandes & Pereira, 2016; Ramos, Couto, Pereira & Silva 2016).

Os riscos psicossociais advindos deste trabalho constante, realizado nesta área de atuação poderão ter impacto na vida profissional e também, inevitavelmente, na vida e realização pessoal, bem como na qualidade de vida que cada um destes técnicos considera possuir. (APAV, 2017).

Estes riscos psicossociais no trabalho, têm vindo a criar questões emergentes, estando relacionados com a forma como o trabalho é concebido, organizado e gerido, de acordo com o contexto social e económico em que a instituição e consequentemente o trabalhador estão inseridos (Costa, 2015). Estes representam o conjunto de perceções e experiências do trabalhador, alguns de carácter individual, outros referentes às expectativas económicas ou de desenvolvimento pessoal, bem como ligado às relações humanas e todos os aspetos emocionais que estas abarcam (Camelo e Angerami, 2008).

São considerados um dos grandes problemas para a saúde e segurança dos trabalhadores, devendo este combate ser uma prioridade pois, segundo Branco (2015), eventualmente um melhor ambiente psicossocial no trabalho pode contribuir para uma melhor saúde e um melhor desempenho dos profissionais (Costa, 2017), influenciando diretamente a qualidade de vida e bem-estar pessoal do indivíduo.

Segundo Sauter, Hurrell Jr., Murphy e Levi (2002), os fatores de risco psicossociais, poderão ser percebidos como as condições do trabalho que podem conduzir ao stress, e estão relacionadas aos aspetos do posto de trabalho, do seu entorno, do clima e da cultura organizacional, das funções laborais, das relações interpessoais entre colegas, do desenho e do conteúdo das tarefas (Serafim, 2012).

O Instituto Sindical de Trabalho, Ambiente e Saúde em 2011, definiu estes riscos como as características das condições de trabalho e sobretudo, da organização, que afetam a saúde das pessoas através de mecanismos psicológicos e fisiológicos, comumente chamados de Stress (Costa, 2015). As relações entre os fatores psicossociais presentes no ambiente da organização e nas características do indivíduo relativas à sua história de vida e as suas relações familiares e sociais podem repercutir-se no surgimento do stress no contexto laboral e nas consequências do stress na saúde e doença dos indivíduos (Pereira, 2006).

Alguns exemplos de condições de trabalho conducente a que existam riscos psicossociais são relações excessivas, exigências contraditórias e falta de clareza na definição das funções, falta de participação na tomada de decisões que afetam o trabalhador e falta de

controle sobre a forma como executa o trabalho; má gestão de mudanças organizacionais e insegurança laboral; comunicação ou falta de apoio por parte de chefias e colegas e ainda sofrer de assédio psicológico ou sexual, ou violência de terceiros (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2017a).

Alguns dos riscos psicossociais que poderão ocorrer são a nível fisiológico, podendo existir reações cardiovasculares, algum incómodo a nível músculo-esquelético ou digestivo, insónias e fadiga, relacionada com o stress e ansiedade podem ocorrer dificuldades respiratórias e dores de cabeça e dores musculares. A nível psicológico, podemos nos deparar com depressão, nervosismo, ansiedade e irritabilidade, oscilações emocionais, perdas de memória, esgotamento, e eventualmente angústia, insónias e extremo cansaço. Ao nível comportamental, pode-se verificar isolamento, ou agressividade, necessidade de consumo de substâncias psicoativas, faltas ao trabalho, erros e falhas na execução de tarefas. Em último caso, e quando a situação for tão exacerbada que sai do controle, poderá ocorrer tentativas, ou então ocorrer mesmo suicídio (UGT, Fernandes & Pereira, 2016).

O stress e os riscos psicossociais no trabalho, são hoje em dia das questões que maiores desafios apresentam no que diz respeito à matéria de saúde e segurança no trabalho (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2017b).

Ao realizar pesquisa sobre fatores psicossociais, o stress ocupacional aparece de forma constante ao longo da literatura, sendo que este é produto desses riscos psicossociais existentes no contexto laboral (Serafim, 2012).

O stress ocupacional está associado à incapacidade do trabalhador para enfrentar as demandas laborais e a consequente vivência de mal-estar e sofrimento. Quando os fatores psicossociais incidem de forma contundente, além das capacidades de adaptação do indivíduo, surge o endurecimento muscular e a exaustão psicológica. Schibuola, relata no seu estudo que os sintomas e os quadros clínicos associados a este tipo de condições são cefaleia tensional, tensão muscular, taquicardia, cardiopatias, depressão, *burnout* e distúrbios músculo-esqueléticos, para além de possíveis problemas de saúde mental (Serafim, 2012).

Assim, quando mal geridos, os riscos psicossociais e as consequências dos mesmos podem desencadear situações de saúde física e mental graves para os trabalhadores e ainda resultar em comportamentos desadequados para o próprio profissional, pois este não está a saber lidar com uma nova experiência ou a repetição continua de má gestão emocional ou com a chefia com que se depara.

No caso dos técnicos em específico, há que realizar um trabalho exaustivo de análise e reflexão, ativar o senso de plasticidade, adaptabilidade e de gestão emocional das suas próprias emoções, devido às demandas específicas e sempre tão exigentes associadas ao contacto com situações de violência, violação, abandono, entre outros (Pacheco, Cunha & Duarte, 2016).

Se os fatores de risco psicossociais forem favoráveis à atividade laboral, fomentam o desenvolvimento pessoal dos indivíduos, ao passo que, quando são desfavoráveis, prejudicam a sua saúde e bem-estar (Pinto, 2015).

À face disfuncional do termo stress, dá-se o nome de Distress. Esta ideia está muito ligada à evolução do conceito de stress, e à ideia de que os diferentes fatores stressantes podem induzir reações benéficas ou danosas de stress (nomeadamente *eustress* ou *distress*), (Sparrenberger, Santos & Lima, 2003; Pereira, 2006).

Segundo Conceição (2016), este termo refere-se ao momento em que a pessoa se descobre incapaz de mobilizar os seus recursos para fazer face às exigências e fatores indutores de mal-estar, nomeadamente os stressores.

Neste sentido, do mesmo modo que o bem-estar psicológico não se conceptualiza meramente como a ausência de patologia ou perturbação, também o distress ou mal-estar psicológico não se restringe à presença de sintomatologia ou perturbação (Conceição, 2016). Implica a dificuldade de adaptação ao meio que pode, ou não, ser expresso sob a forma de sintomatologia. Segundo Massé (2000), o modo como cada individuo experiencia e expressa determinada situação, como lida com as adversidade e assertividade (Vagos & Pereira (2016), confere um valor subjetivo inerente à perspetiva de cada um, e através da qual o distress pode ser melhor compreendido (Conceição, 2016).

Desta forma, o distress não se configura enquanto ausência ou presença de perturbação ou sintomatologia, podendo ser avaliado a par do bem-estar psicológico, na medida em que ambos integram o conceito de saúde mental. De facto, o distress psicológico pode conceber-se como uma reação dita normativa a acontecimentos de vida significativos, não constituindo necessariamente uma expressão sintomática que caracterize uma perturbação psicológica, mas antes um estado de mal-estar normativo. Ribeiro (2001), comenta que a saúde mental poderá ser revista como um conceito que engloba as dimensões “positiva” e “negativa”, a saber: o bem-estar e o distress psicológicos, respetivamente.

O distress psicológico pode ainda ser concebido como uma inadequada capacidade de regular a satisfação das necessidades psicológicas, mediada por desregulação emocional.

Talarico em 2010 defende que as respostas fisiológicas ao distress, como maior liberação de cortisol, podem gerar respostas comportamentais negativas, interferindo na qualidade de vida do paciente e na adaptação aos diferentes contextos (Conceição, 2016, Oliveira, Pereira, Direito & Vagos, 2016).

Estamos a atestar a realidade de uma população que lida constantemente com um tipo de intervenção (crise) que tem bases de atuação muito específicas, e casos extremamente complicados que acabam por implicar uma grande gestão emocional bem como a constatação com uma realidade completamente diferente e com uma necessidade de gestão que efetivamente deverá ter de ser feita em algumas crenças do profissional. Podemos desta forma considerar que o distress é um dos principais fatores de risco destes profissionais, e que esta má gestão poderá efetivamente ter algum impacto na qualidade de vida dos mesmos.

Por vezes, o termo “qualidade de vida” é visto como sinónimo de um estado de saúde. No entanto, esse estado está mais ligado ao funcionamento físico do indivíduo, enquanto a qualidade de vida está relacionada com a saúde mental. A qualidade de vida é subjetiva e particular a cada indivíduo, e alude-se às perceções sobre a sua posição na vida, envolvendo aspetos como cultura, valores, objetivos, expectativas, padrões e preocupações do contexto atual e individual (Guerreiro, 2011)

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a perceção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto cultural e nos sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, as suas expectativas, os seus padrões e suas preocupações (Varela et al, 2017).

A qualidade de vida de uma pessoa como um todo está relacionada com sua satisfação com o trabalho e outras variáveis relacionadas à sua atividade ocupacional, determinando, assim, a sua qualidade de vida no trabalho (Gomes et al, 2016).

Para garantir a qualidade de vida no trabalho, a organização precisa preocupar-se não apenas com o ambiente físico da organização, mas também com os aspetos psicológicos e físicos de seus funcionários (Carvalho, Martins, Lúcio e Papadréa, 2013).

A literatura tem notado atitudes e comportamentos importantes que podem ser afetados pela qualidade de vida no trabalho, como vigor, dedicação, motivação, engajamento, adaptabilidade a mudanças no ambiente de trabalho, criatividade, vontade de inovar, e até mesmo influenciar na intenção de permanecer ou deixar a organização/profissão (Azevedo, Nery e Cardoso, 2017). Segundo Bortolozo e Santana (2011), uma organização que se preocupa e tem ações voltadas à qualidade de vida de seus funcionários passará confiança aos mesmos,

pois são organizações que se preocupam com o bem-estar, satisfação, segurança, saúde e a motivação de seus funcionários (Carvalho et al. 2013).

Com o aumento exponencial de queixas tanto nas forças de segurança, instituições de apoio à vítima, e até o ministério público, existem também mais profissionais da área a assistirem um maior número de pacientes ou então técnicos, com agendas muito mais preenchidas, pois para além do atendimento específico com a vítima, ainda existe o trabalho para a comunidade geral, e no caso das instituições de atendimento a vítimas, muitas vezes são realizadas ações de sensibilização em escolas e “comemoração” de dias específicos como o dia dos namorados, dia do idoso, dia internacional pela eliminação de violência contra mulheres, entre outros.

Desta forma, incitar o desenvolvimento pessoal do trabalhador (neste caso do técnico), bem como potenciar a partilha de conhecimentos e a capacidade de gestão emocional, será extremamente importante, especialmente no trabalho com estes profissionais de saúde e ação social.

Esta população será escolhida devido à escassez de informação e de investimento realizado ao nível da saúde mental e mesmo em termos organizacionais com estes técnicos de apoio à vítima. Assim como já há trabalho a ser realizado nomeadamente no âmbito da psicologia organizacional com empresas, fábricas, entre outros, considero necessário e importante esse tipo de política ser também dirigida grupos de profissionais ligados à intervenção em crise e ao atendimento a vítimas de violência. Estes são profissionais que necessitam de maior visibilidade no que diz respeito à área da saúde, com especificidade na saúde mental, pois enfrentam diariamente o desafio de lidarem com situações extremamente adversas, que exigem do profissional grande destreza e gestão emocional.

Para Stenberg (2005), ao nível da inteligência e gestão emocional de sucesso, o psicólogo deve usar a sua capacidade de descobrir boas soluções com a inteligência analítica, descobrir bons problemas com a inteligência criativa e pôr em ação soluções com a inteligência prática (Silva, 2012). Muitas vezes passamos o tempo em “piloto automático”, sem ter consciência do quão abrasivos estamos a ser para connosco mesmos. E quando este estado está presente quando somos obrigados a gerir as emoções transmitidas pelos outros, pode causar danos graves no nosso estado de consciência, tomada de decisão, motivacional, em suma na nossa saúde e bem-estar.

O presente estudo pretende contribuir para uma compreensão mais aprofundada do distress psicológico e dos Fatores de Risco Psicossociais no Trabalho feito por técnicos com vítimas de violência doméstica, comparando ainda o nível de Distress Psicológico (maior ou menor distress) bem como a qualidade de vida destes.

Desta forma, pretende-se contribuir com um mais conhecimento no que diz respeito ao acompanhamento de vítimas de violência, e expondo questões que devem ser trabalhadas com vista à melhoria do bem-estar destas e dos técnicos que com elas trabalham.

METODOLOGIA

A metodologia é um processo lógico que pretende explicar as diversas fases do processo, desde a recolha dos dados, até ao seu tratamento estatístico, com o objetivo de permitir obtenção de informação pertinente ao objetivo pretendido (Matos, 2014).

Participantes

Para a realização deste estudo foram contactadas várias instituições, de modo a que os técnicos de apoio à vítima de violência que lidam diretamente com este flagelo, pudessem ter acesso mais facilitado à bateria de instrumentos, sendo que esta foi disponibilizada via online.

Foi constituída uma amostra não probabilística por conveniência composta técnicos de atendimento e apoio à vítima, distribuídos pelas mais diversas áreas profissionais, nomeadamente: Psicóloga, Enfermeiros, Assistente Social, Auxiliares, Gestores de Gabinetes de Apoio à Vítima e outros que se intitulam somente como Técnicos. Reuniram-se quarenta e sete participantes de ambos os sexos, técnicos de atendimento e apoio à vítima de violência doméstica cuja área de atuação e instituição onde trabalham é bastante divergente, e idades compreendidas entre os 21 e os 55 anos de idade ($M=33,94$; $DP=9,044$).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis		n	%
Idade		33.94±9.044	
(M±dp)			
Nº de filhos		,64 ±,987	
(M±dp)			
Tempo de serviço		7,49±6,125	
(M±dp)			
Género	Masculino	12	25,5%
	Feminino	35	74,5%
Nacionalidade	Portuguesa	47	100%
Estado Civil	Solteiro	22	46,8%
	Casado	15	21,9%
	União de Facto	6	12,8%
	Divorciado	4	8,5%
	Viúvo	0	0%
Escolaridade	Ensino Superior	47	100%
Filhos	Sim	18	38,3%
	Não	29	61,7%

Quanto ao género, a percentagem de técnicos do sexo masculino foi de 25,5%, existindo 74,5% de mulheres que trabalhavam na área. Todos os técnicos eram de nacionalidade Portuguesa, sendo que a grande maioria é solteira (46,8%). Inquiriu-se se teriam filhos e o número pois estes poderão ser fatores que geram algum tipo de stress e cansaço ao nível pessoal.

Foi ainda inquirido qual o tempo de serviço, sendo que a média foi de 7,49 anos de serviço (M=7,49; DP= 6,125).

Na Tabela 1, estão apresentadas sucintamente todas estas características da amostra.

Instrumentos

O protocolo de recolha de dados foi constituído por quatro partes. Primeiramente, começou-se por administrar um questionário sociodemográfico: Idade, Género, Nacionalidade, Estado Civil, tem filhos, e se sim quantos, Habilitações Literárias, Local de Trabalho, Função, Tempo de serviço, Cansado/a e Fatores (pessoais, ou profissionais). O intuito deste questionário prendeu-se com a exposição da amostra, pois as variáveis descritas poderão efetivamente ser

fatores de desgaste psíquico que poderão afetar a qualidade de vida a nível pessoal e profissional.

Em segundo lugar, usou-se o Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSQ, originalmente criado por Kristensen em 2000, e adaptado para Portugal e países africanos de língua portuguesa pelo Professor Doutor Carlos Fernandes Silva (Silva, 2011). Posteriormente foi aplicado o *WhoQol-Bref*, destinado á avaliação da qualidade de vida, assim como foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Por fim foi aplicado o questionário de Distress Psicológico de Kessler.

No que diz respeito ao questionário “*COPSQ II – Versão Curta*”, este foi criado e desenvolvido por um grupo de investigadores liderado por Tage, Kristensen e Vilhem Borg no Centro de Investigação Nacional para as Condições de Trabalho (1995-2007). O COPSQ II está disponível em três versões: a curta para ser utilizada em locais de trabalho, a média indicada para profissionais de saúde ocupacional, e a versão longa indicada para os investigadores. Todas as versões apresentam dimensões que medem indicadores de exposição e indicadores do seu efeito.

Foi escolhida a versão curta, pois pareceu ser a decisão mais favorável ao preenchimento do questionário, de forma a que a bateria de escalas não se tornasse extremamente extensa. Este questionário é destinado a avaliar os fatores psicossociais no trabalho, saúde e bem-estar do trabalhador. É constituído por 41 questões. É composto por 26 subescalas, as quais decompõem-se em nove domínios, nomeadamente as Exigências Laborais; Organização do Trabalho e Conteúdo, Relações Sociais e Liderança; Interface Trabalho-Indivíduo; Valores no Local de Trabalho; Personalidade; Saúde e Bem-Estar e Comportamentos Ofensivos. As questões são respondidas numa escala tipo Likert com cinco opções de resposta (Sempre, Frequentemente, Às vezes, Raramente e Nunca/Quase Nunca), a cada uma destas opções de resposta é atribuído um valor (0, 25, 50, 75, 100) respetivamente (Silva et al, 2011).

Todas as escalas são cotadas de 0 a 100. Cada dimensão é calculada a partir das médias das pontuações dos itens que compõem essa mesma dimensão. Pontuações elevadas correspondem a valores elevados nessas dimensões. Na maioria dos casos níveis elevados é considerado “bom” e “saudável”, com exceção das seguintes dimensões: exigências quantitativas, exigências emocionais, exigências para esconder emoções, ritmo de trabalho, conflito de papéis laborais, insegurança no trabalho, conflito trabalho-família, conflito família-trabalho, *burnout*, stresse, problemas em dormir, sintomas depressivos, sintomas de stresse,

sintomas de stresse cognitivo. Após realizada uma análise ao nível da consistência interna, verificou-se que os valores variam entre $\alpha=.677$ e $\alpha=.909$ para os domínios exigências laborais e relações sociais e liderança, respetivamente.

O *WhoQOL- Bref (The World Health Organization Quality of Life- Bref)*, é um questionário de medida genérica, multidimensional e multicultural, para uma avaliação subjetiva da qualidade de vida, podendo ser utilizada num largo espectro de distúrbios psicológicos e físicos, bem como com indivíduos saudáveis.

É composto por 26 itens, sendo que as perguntas número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral (QVG), sendo que as restantes vinte e quatro compõe quatro domínios de qualidade de vida: Físico (QV1), Psicológico (QV2), Relações Sociais (QV3) e Ambiente (QV4). Cada um destes domínios é composto por facetas da qualidade de vida que sumariam o domínio particular de qualidade de vida em que se inserem. As respostas seguem uma escala de *Likert* (1 a 5, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida). Esta medida possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a faceta geral de qualidade de vida.

Considerando a presente amostra, o WhoQol-Bref apresenta valores aceitáveis de consistência interna, variando de .584 e .851 para os domínios Faceta Geral da Qualidade de Vida e o domínio físico respetivamente.

No que concerne à *Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)*, esta é composta por 10 itens (K10) e é apresentada como uma medida válida para avaliar o Distress psicológico. É uma escala de itens que avalia a frequência de sintomas de desconforto psicológico não específicos durante a últimos 30 dias. Esta medida de autorrelato é baseada em questões sobre sintomatologia relacionada com ansiedade e depressão. Os participantes respondem em uma escala de 5 pontos (1 = nenhum tempo para 5 = o tempo todo) e os resultados totais variam de 10 a 50. Os resultados mais altos em K10 indicam níveis mais altos de angústia. As seguintes pontuações de corte foram sugeridas por Andrews e Slade para estimar o impacto psicológico nível de angústia: 10 a 15 pontos "baixo", 16 a 21 pontos "moderado", 22 a 29 pontos "alto" e 30 a 50 pontos "muito alto". Os indivíduos com uma pontuação total superior a 22 correm o risco de ter um transtorno mental. A escala K10 foi traduzida para o português por dois pesquisadores e de volta traduzido para o inglês por dois indivíduos bilíngues que não viram a versão original. Um grupo de discussão composto por tradutores e pesquisadores comparou a versão traduzida com a versão original. Foi obtido um consenso lexical e cultural. Os dados obtidos indicaram que a versão Portuguesa do

K10 é uma ferramenta confiável com uma estrutura fatorial para avaliar sintomas não específicos de distress. No presente estudo, a escala global apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=.928$).

Procedimentos

O estudo foi iniciado primeiramente com a escolha da população a trabalhar concretamente e quais as ferramentas a utilizar em função do pretendido. Aplicou-se um questionário sociodemográfico, e seguidamente optou-se pelo Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) – na sua versão curta, atendendo a que seriam aplicados outros dois questionários para obter os dados pretendidos. Optou-se ainda pelo WHOQOL-BREF – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, com o intuito de perceber o nível de qualidade de vida dos sujeitos. Foi ainda aplicado a escala de Distress Psicológico de Kessler de forma a que se conseguisse compreender se o *distress* psicológico está presente no dia-a-dia dos técnicos.

Os questionários utilizados foram aplicados online. A primeira página do questionário incluía o consentimento informado ao participante. Os participantes que aceitassem participar, deveriam consentir participar voluntariamente. A aplicação dos instrumentos de recolha de dados, decorreram entre Maio e Setembro do presente ano.

Análise dos dados

O tratamento estatístico realizou-se com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24 (SPSS Inc., Chicago, IL), sendo efetuadas análises descritivas e inferenciais (frequências relativas às frequências relativas, médias e desvio padrão). Utilizou-se estatística não paramétrica uma vez que a distribuição da amostra diferiu significativamente da distribuição normal. Recorreu-se ao coeficiente de correlações de Spearman (*rho*) para a análise da relação entre riscos psicossociais no trabalho, e o *distress* psicológico dos técnicos. Foram também efetuadas análises comparativas entre os fatores “profissionais com alto e baixo/moderado *distress*” e “qualidade de vida”, em técnicos de apoio a vítimas de violência doméstica. Os participantes foram divididos em dois grupos considerando as pontuações de corte da Escala de Distress Psicológico de Kessler: Baixo/Moderado *Distress* (coorte 10; 21) N=19, e Alto ou Muito Alto Distress (coorte 22; 50) N=28. Para a análise das diferenças de grupo, foi usado o teste de Mann-Whitney (U).

RESULTADOS

No que concerne ao local de trabalho, os resultados indicaram que a maioria dos inquiridos trabalham em contexto institucional (66%). No que diz respeito a função desempenhada a maioria são técnicos atendimento (42,6%), seguindo-se dos psicólogos (27,7%), e posteriormente os restantes técnicos, como indicado na tabela 2.

Tabela 2. Local, função e fatores de trabalho

	Variáveis	n	%
Local de Trabalho	PSP	4	8,5%
	GNR	1	2,1%
	Instituição	31	66%
	Casa acolhimento	3	6,4%
	Outra	8	17%
Função desempenhada	Psicóloga	13	27,7%
	Assistente Social	4	8,5%
	Auxiliar	1	2,1%
	Enfermeira	2	4,3%
	Gestora	3	6,4%
	Responsável Gabinete	1	2,1%
	Técnico	20	42,6%
	Jurista	1	2,1%
	Monitora	1	2,1%
	Diretora	1	2,1%
Cansado/a	Sim	32	68,1%
	Não	15	31,9%
Fatores	Pessoais	3	6,4%
	Profissionais	18	38,3%
	Os dois	16	36,2%
	Nenhum dos dois	9	19,1%

Grande parte dos inquiridos diz sentir-se cansado, com uma percentagem de 68,1%. Quando inquiridos sobre que fatores influenciam este cansaço, 38,3% refere que se deve a fatores profissionais e 36,2% deve-o a fatores tanto pessoais quanto profissionais.

Ao analisar os dados da tabela 3., verificaram-se associações entre o *distress* e alguns fatores de risco psicossociais no trabalho, nomeadamente, maiores exigências laborais, (como por exemplo o ritmo de trabalho, exigências emocionais, cognitivas), ($r=.394$; $p=.006$).

Por outro lado, ao nível dos valores no local de trabalho (Confiança vertical, justiça e respeito, comunidade social no trabalho), quanto menos estes se fazem sentir, maior o *distress* percebido pelos indivíduos da amostra ($r=-.295$; $p=.044$).

Os comportamentos ofensivos associaram-se positivamente ao *distress* dos profissionais. Esta correlação foi forte, indicando que o aumento da ocorrência deste tipo de comportamentos parece-se relacionar com o aumento do *distress* ($r=.646$; $p=.000$).

Conseguimos ainda partir da tabela 3 e verificar que Saúde e Bem-estar é um domínio fulcral e que está associado com o *distress*. Quanto maior o nível de saúde e bem-estar, maior é o nível de *distress*. À primeira vista poderia parecer um domínio dicotómico, no entanto se considerarmos o *stress*, *burnout*, e sintomas depressivos elevados, faz todo o sentido que este seja o domínio com maior relação com o nível do *distress* ($r=.825$; $p=.000$).

Tabela 3. Relação entre os fatores de risco psicossociais no trabalho e o *distress* psicológico

Variáveis	Distress Psicológico	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Exigências laborais	.394**	.006
Organização do trabalho e conteúdo	-.148	.321
Relações sociais e liderança	-.035	.818
Interface trabalho-indivíduo	-.252	.087
Valores no local de trabalho	-.295*	.044
Personalidade	.032	.830
Saúde e bem-estar	.825**	.000
Comportamentos Ofensivos	.646**	.000*

**A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Importa ainda ressaltar valores de associação entre variáveis da escala COPSOQ-ii, encontrados ao realizar as correlações de Spearman (*rho*), onde percebemos pelos resultados, que os comportamentos ofensivos têm influência na Saúde e Bem-Estar dos técnicos ($r=.536$; $p=.000$), o que implica que ofensas à integridade física, psicológica, emocional e laboral de um técnico, devem ter efetivamente influência em fatores como o *stress* ocupacional, *burnout*, problemas em dormir, entre outros.

Sublinhar ainda o facto de algumas intercorrelações que se destacam ao nível dos fatores psicossociais. A associação entre os fatores relações sociais e valores no local de trabalho, apresenta um $r=.813$ e $p=.000$, sendo este dos valores mais significativos encontrados. De

referir ainda a associação entre a personalidade/autoeficácia e os valores no trabalho dos técnicos ($r=.538$; $p=.000$). Estes valores são importantes pois conseguimos perceber que os valores como confiança nas chefias, justiça, respeito e a questão das relações sociais no ambiente laboral, tenham um papel importantíssimo na vida do indivíduo, nomeadamente ao nível do seu desenvolvimento enquanto ser, e da sua gestão enquanto capaz e auto eficaz em desempenhar o seu papel em contexto laboral. Ora esta ultima ideia é corroborada com a relação encontrada entre as relações sociais e liderança e com a organização do trabalho e conteúdo ($r=.431$; $p=.002$). O que revela que quanto maior a influência que o profissional tem, e se assume um compromisso sério no sentido de executar bem o seu trabalho, maior ou melhor será também ao nível da qualidade de liderança, apoio social de superiores, recompensas (nomeadamente reconhecimento por parte da chefia pelo seu trabalho), entre outros fatores que possam abranger os domínios em causa.

Um último dado que se destaca, é, efetivamente o facto de quanto mais forem as Exigências Laborais, nomeadamente as exigências quantitativas, cognitivas, emocionais, e o ritmo de trabalho (sempre tão acelerado), maior também a Saúde e Bem-Estar, que neste caso, nos reporta para o stress, nível de Burnout, problemas em dormir, sintomas depressivos, e a saúde da pessoa como um todo ($r=.525$; $p=.000$). Ou seja, quanto maiores as exigências, existe um aumento destes últimos fatores, que devem ser lidos tendo em conta a abordagem de que isso implica pessoas mais stressadas, com mais dificuldades em dormir, mais depressivas, etc.

Segundo a tabela 4., é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre profissionais com baixo/moderado e alto *distress* ao nível da qualidade de vida percebida.

Tabela 4. Diferenças na qualidade de vida de profissionais com alto e baixo níveis de distress

Variáveis	Menor Distress (0) N=19			Maior Distress (1) N=28			U	p
	M	Mdn	DP	M	Mdn	DP		
QV Geral	70,39	75,00	13,95	68,75	75,00	14,63	247,00	.659
QV 1	79,88	78,57	9,46	62,11	62,50	8,65	33,50	.000
QV 2	78,94	79,26	10,71	61,90	64,58	13,01	89,50	.000
QV 3	77,63	75,00	18,22	66,07	66,66	16,02	161,50	.020
QV 4	82,89	84,37	10,01	73,32	71,87	13,05	151,00	.012

Os profissionais que apresentavam altos ou muito altos níveis de distress reportaram piores pontuações nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e ambiental. Esta diferença apenas não se verificou para a faceta geral da qualidade de vida onde as pontuações foram similares entre os dois grupos.

DISCUSSÃO

Após uma pesquisa exaustiva a nível bibliográfico, e ao longo da revisão da literatura, denotou-se a inexistência de estudos comparativos com este tipo de população. Existem sim alguns estudos com enfermeiros, médicos e forças de segurança, no entanto, nenhum destes ligado ao contacto direto e continuado com as vítimas, e sim com uma abordagem baseada no tema dos riscos psicossociais no trabalho. Apesar deste contra, obtiveram-se algumas conclusões interessantes, bem como algumas propostas de intervenção futura.

A vida do profissional na Europa tem vindo a alterar-se a um ritmo cada vez mais acelerado. A insegurança no mundo do trabalho, a necessidade de ter vários empregos e a intensificação dos ritmos de trabalho podem gerar stress profissional e colocar em risco a saúde dos trabalhadores.

Psicólogos em todo o mundo fizeram contribuições em pesquisa, avaliação clínica, intervenção e prevenção de violência doméstica, no entanto cada país tem fatores únicos que determinam os serviços e recursos disponíveis para homens e mulheres maltratados, crianças expostas à violência doméstica e parceiros abusivos (Walker, 1999).

Ao analisar os dados obtidos com a realização deste estudo, podemos concluir que as exigências laborais, (como por exemplo o ritmo de trabalho, exigências emocionais, cognitivas) foram associadas ao aumento do distress do técnico e que, quanto mais altas forem estas exigências, mais distressado(a) essa pessoa se encontra.

Isto pode ser explicado tendo em conta a conjuntura atual, pois devido ao aumento de cargas laborais, contratos de trabalho precário, aumento do ritmo de trabalho e as exigências presentes no dia-a-dia dos profissionais, há um maior desgaste a nível psicológico, que poderá ser transportado para o trabalho que é realizado com as vítimas.

O estudo do stress ocupacional e dos seus riscos, iniciou-se nos anos 60 com Khan e seus colaboradores e tem sido alvo de vários estudos devido aos elevados custos e efeitos a nível organizacional e individual, que provocam perdas de produtividade (Miranda, 2011).

Este stress profissional é originado a partir da insatisfação percebida pelos indivíduos, de que o trabalho que realizam não vai de encontro aos seus valores, ou quando sentem que não são recompensados adequadamente pelo seu esforço (Miranda, 2011).

Num estudo realizado com médicos e enfermeiros portugueses ao nível do stress ocupacional (Silva e Gomes, 2009; Pacheco, Cunha & Duarte, 2016), fala-se na importância de se considerar a natureza dos serviços prestados pelos trabalhadores, uma vez que a qualidade e eficácia do seu trabalho pode ter um impacto decisivo na saúde dos pacientes. Transportando esta questão para os profissionais da área do apoio à vítima, estas realidades também se verificam.

Passeira (2011), ao estudar os efeitos do stress em elementos da PSP, afirma que as constantes vivências traumáticas pelos polícias, fazem com que estes profissionais tenham mais probabilidades de desenvolver desordens físicas e emocionais, que por sua vez poderão estar relacionadas com a experiência de stress. O mesmo autor afirma que se não forem feitas intervenções no sentido de tratar ou prevenir estas manifestações, a apatia destes trabalhadores tende a aumentar, levando ao absentismo, atrasos no trabalho, procrastinação e aumento do uso de substâncias químicas.

As elevadas exigências emocionais no trabalho, constituem por si só, um fator de grande relevância, principalmente no que diz respeito a este contacto com vítimas, e não só com elas, mas muitas vezes com a sua família e ambiente social. Não obstante, também os problemas profissionais podem repercutir-se na vida privada das pessoas. O trabalho incerto e ocasional, os grandes volumes de trabalho e os horários de trabalho variáveis, sobretudo quando o trabalhador não tem qualquer possibilidade de os ajustar às suas necessidades pessoais, podem levar a uma difícil conciliação entre a vida profissional e a vida privada, que afeta negativamente o bem-estar do trabalhador (Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho, 2017).

Com este estudo, verificou-se ainda que a Saúde e Bem-estar é um domínio fulcral e que está associado com o distress. Quanto maior o nível de saúde e bem-estar, como a saúde geral do indivíduo a nível físico, o nível de stress, burnout, problemas em dormir, e sintomas depressivos, maior é o nível de distress. À primeira vista poderia parecer um domínio dicotómico, no entanto se considerarmos o stress, burnout, e sintomas depressivos elevados, faz todo o sentido que este seja o domínio com maior relação com o nível do distress. Tais dados corroboram alguns estudos anteriores (Pereira, 2006, Fernandes & Pereira, 2016).

Torna-se premente monitorizar e melhorar constantemente os ambientes de trabalho a nível psicossocial a fim de criar empregos de qualidade e assegurar o bem-estar dos trabalhadores (Jakka Takala, Diretor da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2010; in Amaro, 2013).

Percebeu-se que quanto maiores exigências laborais percebidas pelos profissionais, maior o nível de *distress* sentido pelos mesmos. Já a perceção de poucos valores no trabalho, gera um nível de *distress* mais elevado nos indivíduos. Esta relação é percebida quando não existe confiança entre colaboradores, ou por algum motivo estes perceberem que não há justiça ou respeito por parte dos colegas ou chefia. Esta falta de confiança e valores poderá originar um qualquer entrave na execução do trabalho que lhes é destinado.

Ao nível da ligação entre o *distress* e a qualidade de vida, percebeu-se que os profissionais que apresentavam altos ou muito altos níveis de *distress* reportaram piores pontuações nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiental. Quando as estratégias de coping para lidar com uma situação comprometedora não são adaptativas, e com a qual existe um momento em que é exigido um processo de tomada de decisões, poderão ocorrer problemas para a saúde física e mental do individuo (Ramos, Coutos, Pereira & Silva, 2014).

Este confronto gera uma situação de stress e desconforto. Quando este stress é mal gerido e o coping influencia negativamente o estado do individuo, podemos compreender que são gerados constrangimentos nas várias dimensões do ser humano. Estes constrangimentos a nível físico podem ser notórios ao nível tensão muscular, a nível psicológico eventualmente se perdurar por algum tempo, poderá gerar algum tipo de perturbação. No que ao nível social e ambiental diz respeito, poderá influenciar a forma como o individuo age com os outros e como gere o seu ambiente social.

Desta forma, torna-se premente que estes técnicos aprendam estratégias de autogestão, de modo a impulsionar o bem-estar não só pessoal (a curto prazo), mas também ao nível profissional e social.

Para minimização de alguns dos riscos psicossociais na âmbito laboral, propõe-se o uso de técnicas como o desenvolvimento de condutas que eliminem as fontes de stresse ou neutralizem as consequências do mesmo, obtenção de formação ao nível da resolução de problemas, desenvolvimento de estratégias ao nível da assertividade, conseguir fazer a separação entre trabalho e vida pessoal, praticar técnicas de relaxamento ou então meditação, ou qualquer outra atividade que promova a sensação de bem-estar e que ajude a descontrair de

alguma forma. Ao nível de priorização e definição metas pessoais e no trabalho, devem ainda ser definidos objetivos reais e atingíveis.

Ao nível da prevenção referente à rede de contactos profissional, sejam os colegas de consultório, ou entidades que atuam em rede com o técnico, deve-se promover as relações interpessoais, de forma a que se fortaleçam os vínculos sociais entre o grupo de trabalho. É ainda importante promover a formação, munindo os técnicos de mais informação sobre a sua área de atuação, podendo isto, por exemplo, passar pela aquisição de mais material de suporte à intervenção.

Quanto à prevenção a nível organizacional, é importante reforçar a ideia tanto a gestores de gabinetes como chefes de equipa, de que há efetivamente uma grande necessidade de desenvolvimento de programas preventivos dos riscos psicossociais, nomeadamente trabalhar o stress, a gestão emocional e a saúde no geral e trabalhar também de alguma forma a assertividade nos técnicos. Torna-se premente potenciar a comunicação, nomeadamente criar partilha de experiência e vivências, mantendo sempre o acordo de confidencialidade presente, bem como definir de forma precisa e assertiva as funções de cada um, pois o facto de muitas vezes o profissional não estar cem por cento certo das tarefas que lhe competem, faz com que crie alguma resistência com as pessoas com quem lida, ou até mesmo com o trabalho em si. Falamos por exemplo das(os) monitoras(es) em casas de abrigo, também elas/eles técnicas(os), que se vêm na função de conviver com as vítimas durante o seu horário de expediente, tendo grandes responsabilidades junto das mesmas. Neste caso, tornar-se-á difícil medir exatamente quais as funções a desempenhar dentro da casa e com as próprias vítimas.

Por último, torna-se urgente atentar a eventual necessidade de acompanhamento psicológico a estes técnicos, utilizando terapia individual ou de grupo. A saúde mental é uma das questões mais abordadas, mas também mais esquecidas na sociedade. Todos os dias ouvimos notícias referentes à quantidade de antidepressivos tomada pelos portugueses por ano, e todos os anos é nos dado a conhecer um número mais e mais alto. No entanto, pouco se ouve falar de propostas assertivas e claras sobre como melhorar o nível de vida laboral e diminuir o stress e fatores de risco potenciadores de distress no local de trabalho. Há que mudar a política de apenas pensar na patologia e nos dados obtidos no relatório anual do sistema nacional de saúde, ou o quanto aumentou o número de vítimas em instituições como a APAV, e qual a sua distribuição sociodemográfica. Há que agir no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. Há que capacitar os profissionais de recursos pessoais para que o desenvolvimento do seu trabalho seja visto como proveitoso e haja vontade de melhorar o seu desempenho. A partir

do momento em que é criada uma base de suporte saudável para que estes técnicos possam intervir com estes casos, e terem acesso a plataformas de ajuda.

Após a elaboração deste estudo, considera-se premente a existência de um maior investimento, pesquisa e investigação com esta população devido ao importantíssimo papel que desempenham na nossa sociedade.

Tendo em conta os números que vemos a aumentar cada vez mais no domínio de violência doméstica e de género, é premente criar suporte para todos os técnicos que trabalham com as vítimas, principalmente no âmbito da saúde mental e suporte social. Seria importante envolver todas as associações neste projeto, e eventualmente articular com a CIG – Comissão de Igualdade e Género, grande entidade que assume a responsabilidade pelas questões de igualdade e género presentes no apoio à vítima, para que seja criado um protocolo de intervenção a nível nacional.

Propõe-se ainda a existência de estudos de *follow up* nos quais se estudaria longitudinalmente a influência de fatores como os riscos sociais, distress e qualidade de vida em técnicos quando começam a trabalhar com vítimas de violência, avaliando de cinco em cinco anos estes mesmos fatores.

Considerando a vulnerabilidade da temática, esta é uma tarefa que necessita de ser bem planeada e estudada para que se consiga dar mais visibilidade a estes profissionais que diariamente lidam com casos muito complicados de gerir a todos os níveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2017a). Retirado de <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. (2017b). Retirado de http://dnpst.eu/uploads/factsheets/Factsheet_74_Previsao_dos_peritos_sobre_os_riscos_psicossociais_emergentes_relacionados_com_a_seguranca_e_saude_no_trabalho_-_SST.pdf.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2017). *O Técnico de Apoio à Vítima*. Retirado de http://infovitimas.pt/pt/004_quem/paginas/004_007.html.

- Azevedo, B., Nery, A. & Cardoso, J. (2017). Estresse ocupacional e insatisfação com a qualidade de vida no trabalho da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(1), 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003940015>.
- Búrigo, C. (1997). Qualidade de Vida no trabalho. *Revista de Ciências Humanas*, 15(22), 91-111. doi: <http://dx.doi.org/10.5007/%25x>.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Camelo, S. & Angerami, E. (2008). Riscos Psicossociais no Trabalho que Podem Levar ao Estresse: Uma Análise da Literatura. *Ciência, Cuidados e Saúde*, 7(2), 232-240. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v7i2.5010.
- Conceição, C. (2013). *Necessidades psicológicas e relações com bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia - estudo da polaridade dialética prazer/dor*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Conceição, C. (2016). *Distress psicológico*. Retirado de <http://knoow.net/ciencsocioiaishuman/psicologia/distress-psicologico/>
- Constituição da Republica Portuguesa. Lei nº59/2007 e nº112/2009 in Assembleia da República.
- Costa, A. (2015) *Riscos Psicossociais e Capacidade no Trabalho na população de Outil (Cantanhede)*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra.
- Costa, I. (2017). *As Condições de Trabalho, os Riscos Gerais e os Riscos Psicossociais nos Profissionais de Saúde: Um estudo no Pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João*

do Porto. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa.
Porto: Portugal

Cruz, J. (2016). *Qualidade de Vida no Trabalho, Ansiedade e depressão em Profissionais da Saúde que prestam Assistência Infantil em Unidades Hospitalares*. (Pós-graduação, Universidade federal do Rio Grande do Norte.)

Direção Geral da Saúde (2005). *Saúde e violência contra as mulheres: um estudo sobre as relações existentes entre a saúde das mulheres e as várias dimensões de violência de que tenham sido vítimas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2015. Relatório anual 2014. Lisboa: Instituição de Solidariedade Social

Esteves, J. (2013). *Avaliação e Diagnóstico dos Riscos Psicossociais numa Loja de Supermercado*. Universidade do Porto, Porto.

Fernandes, C. & Pereira, A. (2016) Exposição a fatores de risco psicossocial em contexto de trabalho: revisão sistemática *Revista Saúde Publica*, 50:1-24. 1DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006129

Gomes, K., Sanchez, H., Sanchez, E., Júnior, A., Filho, W., Silva, L., Barbosa, M. & Porto, C. (2016). *Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho em docentes da saúde de uma instituição de ensino superior*. (Dissertação de Mestrado Universidade de Rio Verde). Retirado de: <http://www.rbmt.org.br/details/210/pt-BR/qualidade-de-vida-e-qualidade-de-vida-no-trabalho-em-docentes-da-saude-de-uma-instituicao-de-ensino-superior>

Guerreiro, D. (2011). *Necessidade Psicológica de Autoestima/Autocrítica: Relação com Bem-Estar e Distress Psicológico*. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4960/1/ulfpie039658_tm.pdf

Guerreiro, M., Patrício, J., Coelho, A. & Saleiro, S. (2015). *Processo de Inclusão de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica*. Relatório Final. CIES-IUL, Instituto Universitário de Lisboa.

Hanada, H., D'Oliveira, A. & Schraiber (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. *Revista Estudos Feministas*, 18(1): 288. Florianópolis: Brasil.

Matos, S. (2014). *Riscos Psicossociais em Trabalhadores na Arábia Saudita*. (Dissertação tese de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal). Retirado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8202/1/Tese%20-%2024-02-2015.pdf>

- Matos, S. (2015). *Fatores Psicossociais de Risco no Trabalho*. (Dissertação de Mestrado Instituto Politécnico de Setúbal). Retirado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/8202/1/Tese%20-%2024-02-2015.pdf>
- Oliveira, C., Pereira, A., Direito, I., & Vagos, P. (2016). Perfeccionismo e distress psicológico na adaptação do jovem adulto. In I.Leal,C. Godinho, S. Marques, P. Vitória, J. Pais-Ribeiro (Org), *Actas do 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp127-134) Lisboa: ISCTE-IUL.
- Pacheco, E., Cunha, M., & Duarte, J. (2016). Violence, aggression and fear in the workplace. *European Proceedings of Social and Behavioral Sciences*, 27-41
- Passeira, A. (2011). *Stress laboral na PSP* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Setúbal. Retirado de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4007/1/TESE_Stress%20Laboral%20na%20PSP_Andrea%20Passeira_CD.pdf
- Pereira, A. (2006). Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década In Isabel Leal (Eds) *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora pp.145-167
- Pereira, A., Oliveira, C.A., Bártolo, A., Monteiro, S., Vagos, P., & Jardim, J. (in press). Reliability and Factor Structure of the 10-item Kessler Psychological Distress (K10) among portuguese adults. *Ciência e Saúde coletiva*.
- Pinho, R. (2015). *Fatores de risco/riscos psicossociais no local de trabalho*. Direção-Geral da Saúde (DGS).
- Ramos, M., Sá-Couto, P., Pereira, A. & Silva, C.F. (2014). Coping differentiates work ability of white collar workers – preliminary findings on the good coping at work profile. In K. Kaniasty, P. Buchwald, S. Howard, & K. Moore (Eds.), *Stress and Anxiety: Applications to Social and Environmental Threats, Psychological Well-Being, Occupational Challenges, and Developmental Psychology* (pp. 177-184). Berlin, Germany: Logos Verlag
- Redondo, J., Pimentel, I. Correia, A., (2012). *Manual SARAR: Sinalizar, Apoiar, Registar, Avaliar, Referenciar. Uma proposta de Manual para profissionais de saúde na área da*

violência familiar/entre parceiros íntimos. Projeto de Intervenção em Rede (PIR) 2009-2012. Coimbra: Portugal.

Serafim, A., Campos, I. Cruz, R. & Rabuske, M. (2012). Riscos Psicossociais e Incapacidade do Servidor Público: Um Estudo de Caso. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (3). Rede de Revistas Científicas de América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal.

Silva, J. (2012). *As Competências Emocionais em Mulheres Vítimas de Violência Conjugal. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Dissertação de Mestrado; Universidade do Porto.

Silva, C. F., Amaral, V., Cotrim, T.P., Pereira, A, Bem-Haja, P., Rodrigues, V., Cotrim, T., Silvério, J., Nossa, P. (2011). Copenhagen Psychosocial Questionnaire – COPSOQ - Portugal e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Versão portuguesa do COPSOQ de Kristensen, T. et al., (2000). *Medição do Índice de Capacidade Humana para o Trabalho em Trabalhadores Portugueses*. FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Silva, M. C. & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248. Universidade do Minho.

Schibuola (2005). *Você em equilíbrio: doenças do trabalho*. Revista Você S. A., 89, 74-78.

Talarico, J.N., Caramelli, P., Nitrini R., Chaves, E.C. (2010). Sintomas de estresse e estratégias de coping em idosos saudáveis. *Revista Esc Enferm*. 43(4):803–9.

Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. Vol. 9(1), 150-162, doi: 10.5964/ejop.v9i1.337

União Geral de Trabalhadores (UGT). *Riscos Psicossociais no Trabalho: Riscos, Efeitos na Saúde e Prevenção*. Retirado de: <https://www.ugt.pt/publicfiles/6qkw5lae6qr9tlwapatzl4lwtic2baax1txdzoj.pdf>

Vagos, P., & Pereira, A. (2016). A cognitive perspective on understanding and training assertiveness. *European Psychologist*. 21 (2), 109-121, doi: 10.1027/1016-9040-a000250

- Varela, A., Pereira, A., Pereira, A., Santos, J.C., (2017). Distress Psicológico: Contributos para a Adaptação Portuguesa *do SQ-48*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 278-296. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180201>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21-29. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.54.1.21>

ANEXOS.

ANEXO 1. *Consentimento informado*

Consentimento informado ao participante

Descrição e Objetivo:

Neste estudo ser-lhe-á pedido que responda a três questionários breves, com questões relacionadas com o seu dia-a-dia enquanto Técnico de Apoio a Vítimas.

Duração:

Estimamos que a resposta aos questionários tenha uma duração máxima de 15 minutos.

Riscos para o participante:

A participação neste estudo não acarreta qualquer risco físico nem psicológico para o participante, além dos encontrados normalmente no dia-a-dia.

Benefícios para o participante:

A sua participação neste estudo não terá qualquer compensação monetária, podendo no entanto ser uma mais-valia a nível pessoal, e poderá contribuir para o avançar da ciência.

Confidencialidade:

Qualquer dado fornecido no decorrer do estudo, será confidencial e anónimo, sendo apenas utilizado com a sua permissão.

Natureza voluntária da sua participação:

A sua participação é de cariz voluntário. Poderá desistir da investigação a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização, não ficando, por isso, os seus dados gravados.

Contactos:

Para o caso de estar interessado em saber mais acerca deste estudo, inclusive dos seus resultados, por favor, contacte a investigadora responsável: anacorreia52@gmail.com

☐ Declaro que aceito participar voluntariamente no estudo, após ter lido toda a informação apresentada *

ANEXO 2. *Questionário Sociodemográfico*

Idade: _____

Sexo:

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Nacionalidade: _____

Estado Civil:

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ União de Facto
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Outro: _____

Tem filhos:

- ☐ Sim
- ☐ Não

Quantos filhos tem? _____

Habilitações Literárias:

- ☐ 1º Ciclo (até 4ª classe)
- ☐ 2º Ciclo (até 6º ano) ☐ 3º Ciclo (até 9º ano)
- ☐ Secundário (até 12º ano)
- ☐ Ensino superior (licenciatura/mestrado/doutoramento)

Local de trabalho

- ☐ PSP
- ☐ GNR
- ☐ Instituição que trabalha com vítimas de violência
- ☐ Casa Abrigo/Casa de Acolhimento temporário
- ☐ Outra

Que Função desempenha: _____

Tempo de serviço na área: _____

Sente-se cansada(o), em baixo ou stressada(o):

- ☐ Sim
- ☐ Não

No caso de se sentir stressada(o), associa a fatores pessoais ou profissionais?

- ☐ Pessoais
- ☐ Profissionais

ANEXO 3. *Questionário de Qualidade de Vida WhoQol-Bref*

(WHOQOL Group, 1994; versão portuguesa: Canavarro, et al., 2006)

Instruções:

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas de vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito (a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 4. Questionário de riscos psicossociais COPQSOP (tradução e adaptação de Silva, C. et al., 2011)

COPSOQ II – Versão Curta

(Kristensen, T., 2001)

Das seguintes afirmações indique (X) a que mais se adequa à sua resposta de acordo com as seguintes alternativas:

1- Nada/ quase nada 2- Um pouco 3- Moderadamente 4- Muito 5- Extremamente

1. A sua carga de trabalho acumula-se por ser mal distribuída?	1	2	3	4	5
2. Com que frequência não tem tempo para completar todas as tarefas do seu trabalho?	1	2	3	4	5
3. Precisa trabalhar muito rapidamente?	1	2	3	4	5
4. O seu trabalho exige a sua atenção constante?	1	2	3	4	5
5. O seu trabalho exige que tome decisões difíceis?	1	2	3	4	5
6. O seu trabalho exige emocionalmente de si?	1	2	3	4	5
7. Tem um elevado grau de influência no seu trabalho?	1	2	3	4	5
8. O seu trabalho exige que tenha iniciativa?	1	2	3	4	5
9. O seu trabalho permite-lhe aprender coisas novas?	1	2	3	4	5
10. No seu local de trabalho, é informado com antecedência sobre decisões importantes, mudanças ou planos para o futuro?	1	2	3	4	5
11. Recebe toda a informação de que necessita para fazer bem o seu trabalho?	1	2	3	4	5
12. Sabe exatamente quais as suas responsabilidades?	1	2	3	4	5
13. O seu trabalho é reconhecido e apreciado pela gerência?	1	2	3	4	5
14. É tratado de forma justa no seu local de trabalho?	1	2	3	4	5
15. Com que frequência tem ajuda e apoio do seu superior imediato?	1	2	3	4	5
16. Existe um bom ambiente de trabalho entre si e os seus colegas?	1	2	3	4	5

1- Nunca/ quase nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

Em relação à sua chefia direta até que ponto considera que...

17. Oferece aos indivíduos e ao grupo boas oportunidades de desenvolvimento?	1	2	3	4	5
18. É bom no planeamento do trabalho?	1	2	3	4	5
19. A gerência confia nos seus funcionários para fazerem o seu trabalho bem?	1	2	3	4	5
20. Confia na informação que lhe é transmitida pela gerência?	1	2	3	4	5
21. Os conflitos são resolvidos de uma forma justa?	1	2	3	4	5
22. O trabalho é igualmente distribuído pelos funcionários?	1	2	3	4	5
23. Sou sempre capaz de resolver problemas, se tentar o suficiente.	1	2	3	4	5
24. O seu trabalho tem algum significado para si?	1	2	3	4	5
25. Sente que o seu trabalho é importante?	1	2	3	4	5
26. Sente que os problemas do seu local de trabalho são seus também?	1	2	3	4	5
27. Quão satisfeito está com o seu trabalho de uma forma global?	1	2	3	4	5
28. Sente-se preocupado em ficar desempregado?	1	2	3	4	5

	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Deficitária
29. Em geral, sente que a sua saúde é:	1	2	3	4	5

As próximas três questões referem-se ao modo como o seu trabalho afeta a sua vida privada:

30. Sente que o seu trabalho lhe exige muita energia que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	1	2	3	4	5
31. Sente que o seu trabalho lhe exige muito tempo que acaba por afetar a sua vida privada negativamente?	1	2	3	4	5

Com que frequência durante as últimas 4 semanas sentiu...

32. Acordou várias vezes durante a noite e depois não conseguia adormecer novamente?	1	2	3	4	5
33. Fisicamente exausto?	1	2	3	4	5
34. Emocionalmente exausto?	1	2	3	4	5
35. Irritado?	1	2	3	4	5
36. Ansioso?	1	2	3	4	5
37. Triste?	1	2	3	4	5

Nos últimos 12 meses, no seu local de trabalho:

38. Tem sido alvo de insultos ou provocações verbais?	1	2	3	4	5
39. Tem sido exposto a assédio sexual indesejado?	1	2	3	4	5
40. Tem sido exposto a ameaças de violência?	1	2	3	4	5
41. Tem sido exposto a violência física?	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 5. Escala de Distress Psicológico de Kessler (K10)

Escala de Distress Psicológico de Kessler
Kessler, Barker et al., 2003, versão Portuguesa: Pereira et al. 2017

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo como se sentiu durante os últimos 30 dias.

Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas:

	<i>Nenhum dia</i>	<i>Poucos dias</i>	<i>Alguns dias</i>	<i>A maior parte dos dias</i>	<i>Todos os dias</i>
1. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu cansado sem nenhuma razão aparente	1	2	3	4	5
2. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso?	1	2	3	4	5
3. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu nervoso ao ponto de nada o conseguir acalmar?	1	2	3	4	5
4. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu sem esperança	1	2	3	4	5
5. Durante os últimos 30 dias com que frequência se sentiu irrequieto ou agitado?	1	2	3	4	5
6. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu irrequieto ao ponto de não conseguir parar quieto?	1	2	3	4	5
7. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu deprimido?	1	2	3	4	5
8. Durante os últimos 30 dias, com que frequência sentiu que tudo era um esforço?	1	2	3	4	5
9. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu tão triste que nada o conseguiu animar?	1	2	3	4	5
10. Durante os últimos 30 dias, com que frequência se sentiu inútil?	1	2	3	4	5

ANEXO 6. *Emails - pedido de utilização dos questionário aos autores*

- Email enviado à Dra. Cristina Canavarro – WhoQOL-Bref

“Boa tarde Dr.^a Cristina Canavarro,

Sou aluna do ultimo ano de mestrado da Universidade de Aveiro, no curso de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, e encontro-me a realizar a dissertação sob orientação da Professora Doutora Anabela Pereira.

Escrevo-lhe este email pois gostaria de obter a sua permissão para utilizar o seu questionário "WHOQOL-Bref", com o intuito de integrar a bateria de questionários que irei utilizar no meu estudo, intitulado "Riscos Psicossociais e Qualidade de Vida em Técnicos de Apoio a Vítimas de Violência Doméstica".

O estudo consiste precisamente em abordar técnicos que trabalham maioritariamente em instituições que lidam com vitimas de violência Doméstica, e perceber de que forma o dia-a-dia extremamente duro vivido com esta população causa efeitos drásticos (ou não) na sua qualidade de vida e bem-estar geral.

Tendo estagiado num NAVVD - Núcleo de Atendimento e Apoio a Vítimas de Violência Doméstica, entendi que existia uma grande necessidade de publicar algum estudo que abordasse estes profissionais, pois muitas vezes existem consultas (no âmbito da Psicologia por exemplo), que são extremamente duras e é necessário saber gerir-se a si próprio emocionalmente. O que muitas vezes, com tão pouco tempo entre consultas, não é possível existir.

E assim, estes são os meus objectivos e justificação por detrás deste tema.

Desde já muito grata pela sua atenção e ficarei à espera da sua resposta.

Com os melhores cumprimentos,
Ana Catarina Correia”

- Email de resposta WhoQOL-Bref

“Cara Dra. Catarina Correia,

Na sequência do pedido efectuado, em anexo, envio o material relativo ao WHOQOL-Bref, nomeadamente:

- a versão para português de Portugal do instrumento WHOQOL-Bref;
- manual de aplicação e cotação;
- sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS.

Informação adicional poderá ser encontrada em <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> .

P’lo Grupo Português de Avaliação da Qualidade de Vida

Atenciosamente,

Cláudia Melo.”